

Etablissement

Service

Adresse

Téléphone

QUESTIONNAIRE d'ORIENTATION

Enfant (jusqu'à 13 Ans)

Pour une meilleure compréhension de vos douleurs, il nous importe de recueillir certaines informations. Nous vous remercions de répondre le plus exactement possible aux questions posées.

- Questionnaire à renvoyer à l'adresse ci-dessus
- Courrier médical à joindre

Lors de la consultation, pensez à vous munir des examens en votre possession

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom : Date de naissance :

Prénom : Age :

Sexe : Lieu de naissance :

Adresse précise où vous joindre :

.....

☎ Fixe : Portable :

Mail :

Scolarisation / classe :

.....

SITUATION FAMILIALE

PERE : Nom : Prénom :

Adresse (si différente) :

..... ☎ Domicile :

Portable : ☎ Travail :

Mail :

MERE : Nom : Prénom :

Adresse (si différente) :

..... ☎ Domicile :

Portable : ☎ Travail :

Mail :

FRERE(S) : SOEUR(S) :

PERSONNE(S) RESPONSABLE(S) de L'ENFANT

PERE : oui non MERE : oui non

AUTRE : NOM : Prénom :

Adresse (si différente) :

..... ☎ Domicile/Portable :

MOTIF DE LA CONSULTATION

.....

.....

.....

.....

.....

LA DOULEUR (A REMPLIR PAR OU AVEC L'ENFANT)

Quand la douleur a-t-elle débuté ?

Evolue-t-elle en empirant ? oui non

A-t-elle un retentissement sur la vie quotidienne ? oui non

Est-elle liée à une maladie? oui non

Est-elle liée à un accident? oui non

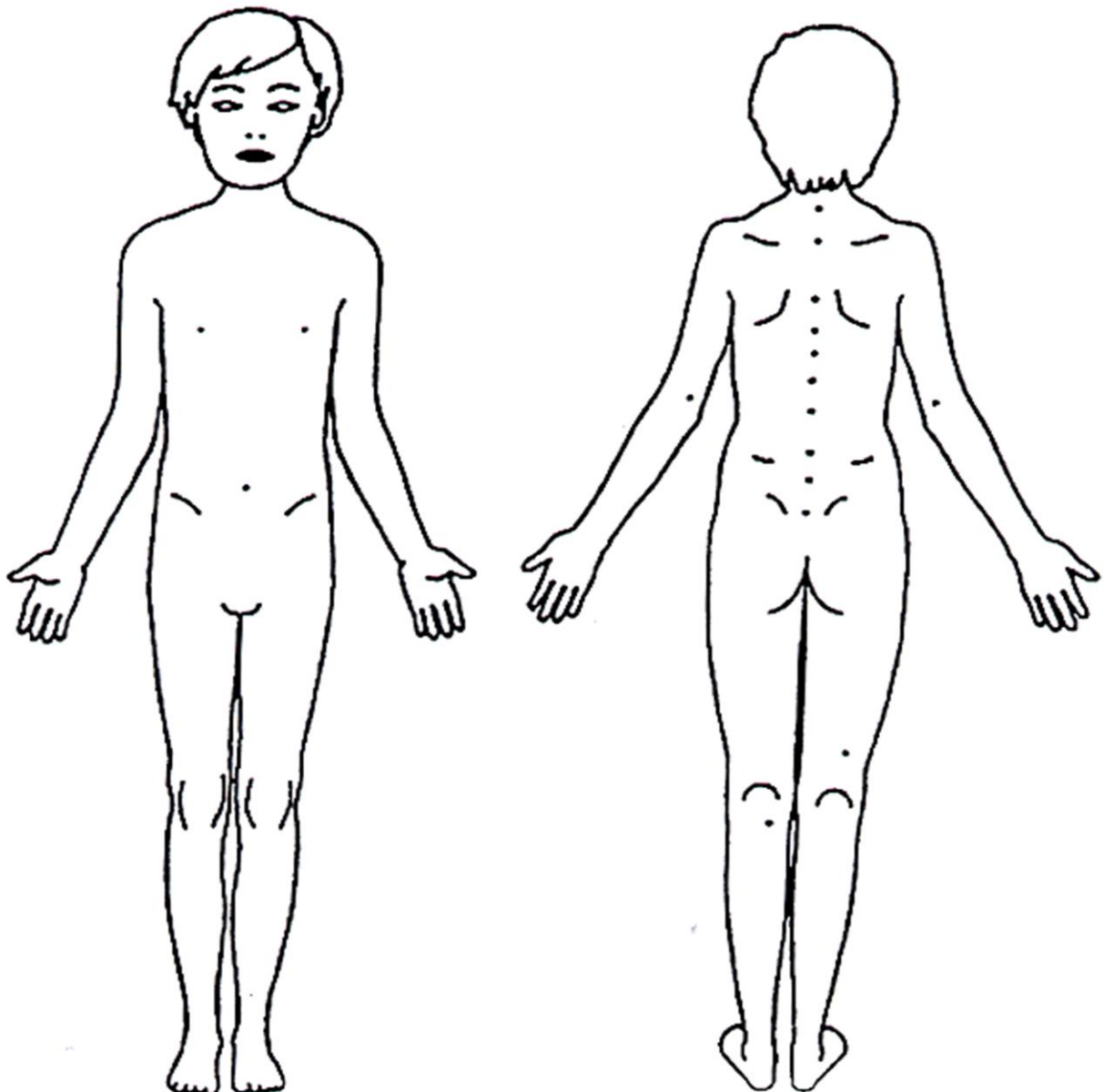
Est-elle liée à une intervention chirurgicale ? oui non

Précisez si vous le souhaitez :

.....
.....

A faire remplir par l'enfant

Choisir une couleur et colorier les zones douloureuses



Ça fait mal :

un peu

moyen

beaucoup

très fort

TRAITEMENT ACTUEL POUR LA DOULEUR

(Pour chaque médicament, veuillez indiquer le nom et la dose)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

TRAITEMENTS DEJA EFFECTUES POUR LA DOULEUR

Médicaments : oui non Acupuncture : oui non
Chirurgie : oui non Mésothérapie : oui non
Infiltration : oui non Ostéopathie : oui non
Rééducation : oui non Relaxation : oui non
Autres : oui lesquels
L'enfant a-t-il déjà rencontré un psychiatre ou un psychologue pour votre douleur ? oui non
L'enfant est-il suivi par un service médico-social (PMI, AEMO, CMP, CAMPS, etc) oui non

AUTRES TRAITEMENTS EN COURS

.....
.....
.....
.....

EXAMENS COMPLEMENTAIRES EFFECTUES POUR LA DOULEUR

A apporter lors de la consultation

Radiographie : oui non Scintigraphie : oui non
Scanner : oui non Electromyogramme : oui non
IRM : oui non
Autres : oui lesquels

MALADIES AUTRES QUE LA DOULEUR

.....
.....
.....
.....

AU COURS DE LA PRISE EN CHARGE

Le dossier peut être discuté en staff (réunion de professionnels de santé)

Acceptez-vous ? oui non

Signature

(à remplir et signer par le représentant légal)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Pour ces rubriques, veuillez tenir compte de la liste suivante : généraliste, médecin traitant, rhumatologue, neurologue, chirurgien, psychiatre, rééducateur, autre (précisez l'orientation médicale).

MEDECIN QUI ADRESSE L'ENFANT A LA CONSULTATION

Nom : Spécialité :

Adresse :

..... Téléphone :

MEDECIN TRAITANT

Nom :

Adresse :

..... Téléphone :

MEDECINS SPECIALISTES DEJA CONSULTES POUR LA DOULEUR

1/ Nom : Spécialité :

2/ Nom : Spécialité :

3/ Nom : Spécialité :

Médecin de la douleur ou structure douleur déjà consulté : oui non

Nom et Adresse :

.....

HOSPITALISATION

Si l'enfant a été hospitalisé pour cette douleur, veuillez préciser ci-dessous : l'hôpital ou la clinique, le nom et la spécialité du médecin responsable et la date d'hospitalisation.

1ere hospitalisation :

.....

2eme hospitalisation :

.....

3eme hospitalisation :

.....

SI VOUS LE JUGEZ UTILE, VEUILLEZ INDIQUER CI-DESSOUS VOS REMARQUES

.....

.....

.....

.....